公務（通勤）災害認定請求取下申出書

　　　年　　　月　　　日

地方公務員災害補償基金神奈川県支部長　様

　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　所　属

※ 上記請求者に係る事項は、自筆の署名によること

私が、　 　 年　　月　　日付けで認定請求しました公務（通勤）災害（認定請求傷病名：　　　　　　　　　　　）については、下記理由により取下げいたします。

（取下げの理由）